

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA,
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CC 348

INSUFICIÊNCIA VASCULAR MESÉNTERICA
AGUDA

MEDICINA

FLORIANÓPOLIS, 01 DE JUNHO DE 1988.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

INSUFICIÊNCIA VASCULAR MESENTÉRICA
AGUDA

MARA REGINA GUERREIRO
SANDRA DENISE DO NASCIMENTO WERNER

MEDICINA

INTERNATO MÉDICO CLÍNICA CIRÚRGICA

FLORIANÓPOLIS, 01 DE JUNHO DE 1988.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof.Dr. Armando José d'Acampora por seu apoio e orientação.

Ao Prof. Dr. Lúcio Botelho que com amizade e disposição supervisionou a parte estatística.

A Sônia Guerreiro que com boa vontade desenvolveu a parte artística.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico do H.C., do H.F. e do HU.

Às funcionárias da Biblioteca do HU e HIJG.

E finalmente às famílias, por seu carinho e amor.

SUMÁRIO

RESUMO	04
INTRODUÇÃO	05
MÉTODOS E CASUÍSTICA	07
RESULTADOS	09
DISCUSSÃO	18
CONCLUSÃO	28
ABSTRACT	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

Bibliografia - não encontrei a referência 19.

Discussões - muito longa e teórica. Deveria ser mais
(conclusiva) resumida e mais do material.

metodologia muito boa

material idem.

Os aspectos cirúrgicos deveriam ser mais enfocados
fotografar, etc.

RESUMO

Estudou-se de forma exploratória, 22 prontuários de portadores de oclusão mesentérica, atendidos em 3 hospitais da grande Florianópolis, num período de 8 anos. Desses, 09 eram do sexo feminino e 13 do sexo masculino.

A idade média de acometimento foi igual a 68,31 anos para ambos os sexos.

Dos 22 pacientes, 86,36% evoluíram para óbito e 13,63% obtiveram alta hospitalar.

Ressaltam-se aqui os aspectos clínicos e laboratoriais encontrados, e que muito contribuem para o diagnóstico precoce e conseqüentemente para o bom prognóstico, como também o tratamento instituído.

INTRODUÇÃO

VIRCHOW em 1847, revelou as características anátomo-patológicas da trombose e embolia mesentéricos. KUSSMAUL e GERHARDT e LITTEN em 1875, descreveram as primeiras considerações clínicas sobre esta patologia⁽⁹⁾.

A vascularização do trato gastrintestinal é bastante ampla, e os principais sistemas arteriais são o tronco celíaco, as artérias mesentéricas superior e as artérias ilíacas internas. Os ramos que partem da artéria mesentérica superior e que são os principais responsáveis pela vascularização de todo o jejuno e íleo formam uma série de anastomoses distribuídas em arcadas e alças de maneira a produzir uma ampla rede de circulação alternativa periférica. Nota-se que este quadro de suprimento vascular torna possível que lesões pequenas da raiz do mesentérico afetem grandes áreas do intestino. Por outro lado, lesões obstrutivas de ramos secundários da artéria mesentérica superior serão sem efeito por causa do rico suprimento anastomático dado pelas arcadas. Quando as lesões vasculares ocorrem próximas

do intestino nas pequenas artérias terminais, então aparecerão pequenas lesões isquêmicas localizadas. O sistema venoso mesentérico distribui-se de forma semelhante com as diversificações próprias do sistema porta hepático (8,9,10,11,17).

Entende-se por insuficiência vascular mesentérica aguda um estado clínico no qual as necessidades metabólicas do intestino delgado superam a sua irrigação sanguínea, dando como resultado uma necrose parcial ou completa do trato alimentar⁽¹¹⁾.

O acidente mesentérico agudo não é comum; entretanto deve-se manter constante vigilância no que diz respeito à sua possível presença, uma vez que ela induz sinais e sintomas de abdome agudo, que é clinicamente indistinguível de todas as outras causas de dor abdominal agudo, tais como apendicite aguda, úlcera péptica perfurada, colicistite aguda e pancreatite aguda. Desde que o infarto se desenvolve rapidamente e é logo seguido por permeação da parede por bactérias, com desenvolvimento subsequente de peritonite supurativa, o curso é fulminante. A menos que a condição seja reconhecida precocemente e o tratamento instituído dentro das primeiras 48 horas, a mortalidade é frequentemente alta e resulta de infecção, perda sanguínea, necrose intestinal com ou sem perfuração e choque^(17,18).

MÉTODOS E CASUÍSTICA

Através de um estudo descritivo exploratório , analisou-se 22 prontuários de portadores de acidente vascular mesentérico agudo, constituídos por 09 mulheres e 13 homens, com idades variando entre 30 e 89 anos.

Os 22 casos obtiveram comprovação cirúrgica , sendo que apenas 8 foram analisados histopatologicamente. Em ⁵ 4 casos, julgados irressecáveis, foram realizadas apenas, laparotomias exploradoras.

O estudo discorreu sobre vários aspectos: sexo, idade, fatores predisponentes, tempo de história clínica, sinais vitais (PA, P, TAX e retal], localização da dor, presença ou não de vômitos e suas características, presença ou não de distensão abdominal, dor à palpação do abdome, presença ou não de ruídos hidroaéreos e outros sinais e sintomas que acompanham o quadro clínico, tais como: diarréia, constipação e melena. Os sinais radiológicos foram estudados em 21 pacientes. E o hemograma solicitado em 20 casos. Avaliou-se ainda, o tipo de tratamento cirúrgico, a extensão dos segmentos

205 autopsias
107 nas facas
-a patologia?

intestinais ressecados, os resultados dos exames anátomoopatológicos, as complicações pós-operatórias, a mortalidade e a sobrevida alcançada (segue em anexo o modelo de protocolo utilizado).

RESULTADOS

Na análise de 22 prontuários de portadores de oclusão mesentérica aguda, 13 pacientes (59,09%) eram do sexo masculino e 09 (40,9%) do sexo feminino, estabelecendo uma relação M:F igual a 1,4:1,0. A patologia obteve maior incidência a partir da 6^a década e a idade média de acometimento foi a de 68,31 anos. (Tabela I)

TABELA I: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS, SEGUNDO A IDADE.

FLORIANÓPOLIS, 1988.

IDADE/ANOS	Nº DE CASOS	%
30 - 39	02	9,09
40 - 49	01	4,54
50 - 59	01	4,54
60 - 69	06	27,27
70 - 79	06	27,27
80 - 89	06	27,27
TOTAL	22	100

A maior parte dos casos, 63,62%, apresentaram evolução clínica de 72 horas, desde o início dos sintomas até o atendimento médico, 36,36% evoluiu com mais de 72 horas. Um caso apresentou dor abdominal insidiosa por 11 dias antecedendo o período de agudização. (Tabela II)

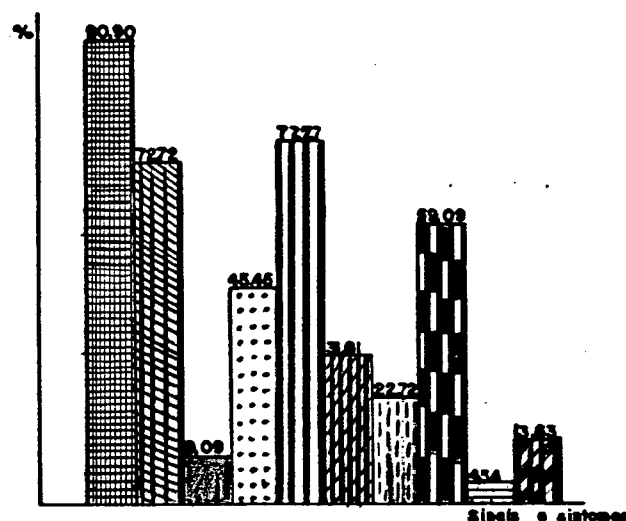
TABELA II: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS, SEGUNDO O TEMPO
DE EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO.
FLORIANÓPOLIS, 1988.

TEMPO DE EVOLUÇÃO EM HORAS	Nº DE CASOS	%
24	07	31,81
36	0	0
48	03	13,63
72	04	18,18
72	08	36,36

Através da anamnese analisou-se os sintomas de 20 pacientes (02 pacientes foram atendidos em estado de choque). A dor abdominal aguda e generalizada, ocorreu em 90,9% dos casos. Os vômitos apareceram em ^{12,12%}~~36%~~ dos pacientes, a maior parte era de conteúdo alimentar; 1 paciente apresentou hematêmese e um outro referia episódio emético com característica fecalóide. Dez pacientes (45, 45%) apresentaram constipação intestinal, em 2 casos a constipação foi precedida por diarreia. Ao exame físico,

encontrou-se: distensão abdominal em 17 casos (77,27%), presença de sinal de Blumberg em 13 casos (59,09%) e sinais de peritonite em 7 pacientes (31,81%). (Gráfico I)

GRÁFICO I: Sinais e sintomas mais frequentes entre os portadores de obstrução mesentérica aguda. Fpolis 1988.



- Dor abdominal
- Núuseas e vômitos
- Diarréia
- Constipação
- Distensão abdominal
- Peritonite
- Desidratação
- Sinal de Blumberg
- Melena
- Choque séptico e hipovolêmico

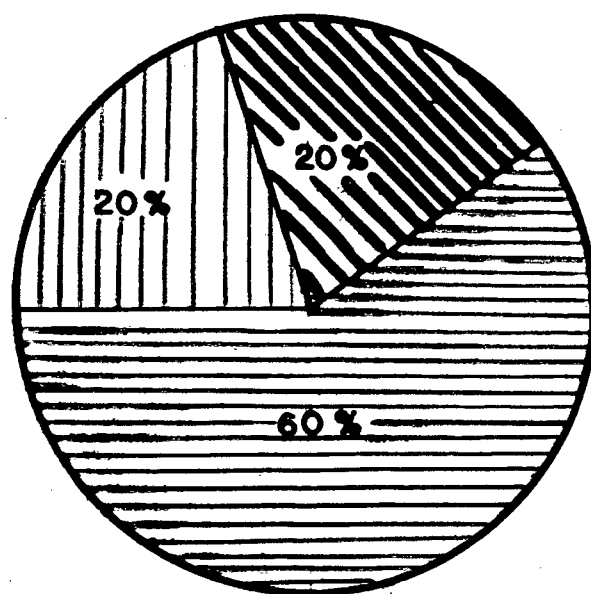
● Dois pacientes foram atendidos em choque e não foi possível avaliar os sintomas.

Dos 20 pacientes para os quais foram solicitados hemogramas, em 12 casos (60%) observou-se leucocitose, em 04 casos (20%) apareceu leucopenia e nos restantes 04 casos (20%) o número de leucócitos apresentava-se

*figura bastante
nao dificil de ler*

dentro dos limites da normalidade. No entanto, todos os leucogramas apresentaram desvio escalonado para a esquerda (Gráfico II)

GRÁFICO II: Leucogramas. Fpolis 1988.



- ⊖ Leucopenia
- ⊗ Normais
- ⊕ Leucocitose

Dos 22 pacientes, apenas 20 fizeram Rx simples de abdômen. Em 18 exames (90%) apareceram imagens compatíveis com distensão de alças intestinais, em 07 exames

(35%) ocorreram ~~em~~ níveis líquidos e em apenas 01 caso (5%) ocorreu pneumoperitônio. (Quadro I).

QUADRO I: RADIOGRAFIA SIMPLES DE ABDÔME
FLORIANÓPOLIS, 1988.

SINAIS RADIOLÓGICOS	Nº DE CASOS	%
DISTENSÃO DE ALÇAS	18	90
NÍVEIS LÍQUIDOS	07	35
PNEUMOPERITÔNIO	01	05
LÍQUIDO CAVIDADE	0	0
INCONCLUSIVO	01	05

A maior parte desses pacientes é portador de alguma condição clínica que predispõe à oclusão dos vasos mesentéricos, dentre estas patologias os mais encontrados foram: arteriosclerose generalizada em 08 casos (36,36%) , cardiopatia arritmica em 10 casos (45,45%), cardiopatia isquêmica em 3 casos (13,63%) e hipertensão arterial sis-

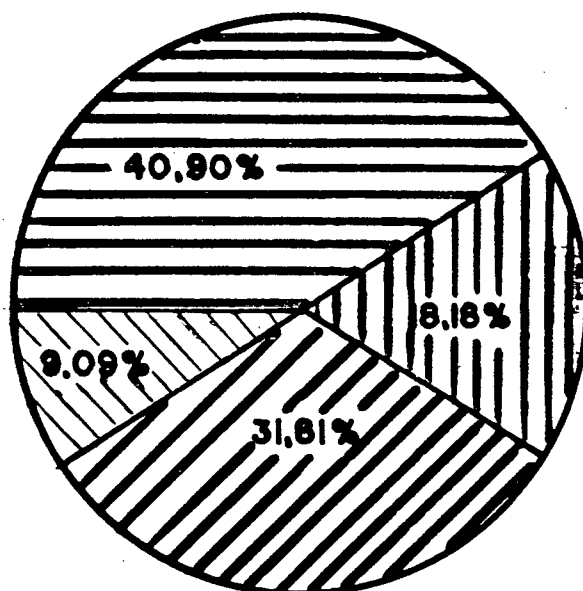
têmica em 5 pacientes (22,72%). (Quadro II).

QUADRO II: CONDIÇÕES CLÍNICAS PREDISPOONENTES AO APA
RECIMENTO DE OCLUSÃO MESENTÉRICA AGUDA.
FLORIANÓPOLIS, 1988

CONDIÇÕES PREDISPOONENTES	Nº DE CASOS	%
ARTERIOSCLEROSE GENERA-		
LIZADA	08	36,36
CARDIOPATIA ISQUÊMICA	03	13,63
CARDIOPATIA ARRÍTMICA	10	45,45
DIABETES MELLITUS	03	13,63
HIPERTENSÃO ARTERIAL		
SISTÊMICA	05	22,72
ANEURISMA DE AORTA	01	4,54
PÓS-OPERATÓRIO DE CIRUR-		
GIA ABDOMINAL	02	9,09

Como hipóteses mais prováveis, os diagnósticos no pré-operatório, foram: abdômen agudo obstrutivo (40,9%), trombose mesentérica (31,81%), abdômen agudo inflamatório (18,18%) e pancreatite aguda (9,09%). (Gráfico III)

**GRÁFICO III : Hipóteses diagnósticas
pré operatorias.
Fóllis 1988.**



- ⊖ Abdômen Agudo Obstrutivo
- ⊖ Abdômen Agudo Inflamatório
- ⊖ Trombose Mesentérica
- ⊖ Pancreatite Aguda

Todos os 22 pacientes foram levados à cirurgia. Destes, ⁵4 casos foram considerados irresecáveis devido a necrose intestinal maciça. Os ¹⁷18 pacientes restantes tiveram abordagem cirúrgica terapêutica: em 11 pacientes (50%) foi realizado ressecção do intestino delgado e anastomose, em 03 casos (13,63) foi feito ressecção do intestino delgado e parte do intestino grosso e anastomose, 01 caso

(4,54%) , foi tratado com ressecção do intestino delgado e ileostomia e em 02 casos (9,09%) realizou-se ressecção do intestino delgado e parte do intestino grosso mais jejunostomia e colostomia. Em 02 pacientes houve recidiva da isquemia, que foi corrigida com enterectomia, endarterectomia , jejunostomia e anastomose. Devido a complicações cirúrgicas 3 pacientes foram reoperados. (Tabela III)

TABELA III. TÉCNICAS CIRÚRGICAS

FLORIANÓPOLIS, 1988

TÉCNICA CIRÚRGICA	Nº DE CASOS	%
RESSECÇÃO DO DELGADO + ANASTOMOSE	11	50
RESSECÇÃO DELGADO E CÔLON + ANASTOMOSE	03	13,63
RESSECÇÃO DELGADO + ILEOSTOMIA	01	4,54
RESSECÇÃO DELGADO + JEJUNOTOMIA E ILEOSTOMIA	02	9,09
LAPAROTOMIA	05	22,72
TOTAL	22	100

Apenas 8 peças cirúrgicas foram examinadas ao Serviço anátomo patológico para avaliação histopatológica, nestes foi constatado o diagnóstico de infarto intestinal hemorrágico, apresentando extensas áreas de necrose. Somente em 01 caso, foi evidenciado outra patologia intes

cirurgias nos tentaram a revascularização - se pass em alguns casos pode ajudar. Falta de cir. vascular? Este meio desacreditado

tinal, uma enterite ulcerada.

Obtiveram êxito letal, 19 pacientes, com uma taxa de mortalidade igual a 86,36%. A maior parte destes ^{9 casos} óbitos (~~50%~~), ocorreu no pós-operatório imediato, até 24 horas após cirurgia. (Tabela IV)

TABELA IV: MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIO, DE ACORDO COM A ÉPOCA DE OCORRÊNCIA.
FLORIANÓPOLIS, 1988.

ÓBITO	Nº
ATÉ 24 hs P.O.	09
1º dia P.O.	01
4º dia P.O.	01
7º dia P.O.	02
8º dia P.O.	01
9º dia P.O.	01
12º dia P.O.	01
16º dia P.O.	01
40º dia P.O.	01
*3º mês P.O.	01
TOTAL	19

*Teve evolução intra-hospitalar e foi a Óbito por falência de múltiplos órgãos.

Pontuação muito ruim.

Deveria ser comentário e não discussão.

Primeiro se analisa o item do material do trabalho e depois a literatura.

Ficou muito teórico e distante da prática que envolve os 22 pacientes estudados

DISCUSSÃO

As alterações súbitas do fluxo sanguíneo ao intestino são provocados pela obstrução orgânica ou fun
X ção do suprimento arterial ou da drenagem venosa. A maior parte de tais casos, aproximadamente 50%, é causa da por oclusão ou insuficiência arterial; 15 a 20% a oclusões venosas e os restantes 30 a 35 dos infartos, ocorrem na ausência de oclusão arterial ou venosa demonstrável (9,17,18,10).

A artéria mesentérica superior em sua origem ou próximo à saída de seu ramo cólico médio é o local co
mum de oclusões arteriais agudas e crônicas. Em geral, a oclusão completa da mesentérica inferior só produz sintomas quando há comprometimento do fluxo sanguíneo cola
teral das artérias mesentérica superior ou ilíaca inter
na (18).

As causas mais comuns dos infartos arteriais no intestino delgado são: 1) oclusão embólica originada de trombos murais no átrio esquerdo ou de endocardites infecciosas no ventrículo esquerdo, 2) trombozes locais sobre arterioesclerose intensa e 3) crise hipotensora em

~~em~~ paciente com o suprimento arterial do intestino com estreitamento aterosclerótico⁽¹⁵⁾. Causas menos comuns incluem aneurismas dissecantes da aorta, poliarterite nodosa e outras formas de vasculite^(10,11,17,18).

As oclusões venosas clinicamente visíveis são repentinas e completas e, invariavelmente, devidas à trombose. Alguns casos se seguem à cirurgia de abdome superior, sugerindo que o trauma e a propagação de pequenos trombos venosos levam a trombozes de troncos maiores que são suficientes para impedir drenagem adequada. Podem também ser induzidas por infecções intraperitoneais, doenças hepáticas com estase portal ou pressões externas por tumores e aneurismas sobre veias⁽¹³⁾. A policitemia é outra causa predisponente. A trombose venosa mesentérica também pode estar associada ao uso de contraceptivos orais^(3,4).

As oclusões das artérias mesentéricas podem ser aguda e completa (por embolia ou trombose), gradual e parcial (por doença arterial obliterante) ou aguda e completa superimposta a um vaso já estreitado ou estenosado⁽¹⁸⁾. Todos os casos que compõem este trabalho pertencem à 1ª ou 3ª proposta, constituindo sempre um acidente agudo, tratado cirurgicamente, cujo diagnóstico nem sempre foi pré-operatório, sendo muitas vezes realizado através de laparotomias exploradoras.

Como já foi dito, o diagnóstico precoce e a terapêutica instituída rapidamente favorecem sobremaneira o prognóstico de tão grave patologia. Para um diag-

nóstico precoce lança-se mão da história clínica e dos exames laboratoriais.

Neste estudo a faixa etária comprometida vai dos 30 aos 89 anos, a idade média é de 68,31 anos e acomete mais o sexo masculino (13 homens para 09 mulheres). Deduz-se obviamente, que esta forma de trombose mesentérica ocorre, como demonstra o estudo em indivíduos mais idosos, quando vários tipos de doença cardíaca e aterosclerose avançada são os mais prevalentes. Diabéticos velhos têm um risco particular. Em seu conjunto os infartos arteriais mantêm uma relação entre homens e mulheres de aproximadamente 3 para 2⁽¹⁷⁾.

As manifestações clínicas são variáveis, atípicas, dependendo da causa, localização, velocidade de instalação da lesão vascular, além das variações anatómicas e do estado prévio das artérias digestivas. A primeira resposta do intestino à isquemia é um intenso espasmo, que explica a dor intensa (ocorrendo em ^{90,9%}~~100%~~ dos casos aqui apresentados) seguidos de náuseas e vômitos ^{72,72%}~~100%~~ e diarréia ^{9,09%}~~10%~~ que pode ou não progredir para constipação intestinal (em metade dos casos) ^(1,9,10,11,16,18).

Grande parte dos doentes aqui registrados procurou avaliação médica com 24 horas ou mais de evolução sintomática. Diante desta evolução avançada, não se encontrou dissociação entre história clínica de dor e exame físico, que na maior parte caracterizou o quadro de urgência abdominal. Em 2 casos os pacientes ~~foram~~

foram atendidos na vigência de choque sêptico e/ou hipovolêmico. Os sinais de exame físico mais comuns foram: distensão abdominal, desidratação, sinais de peritonite e Blumberg. Apenas 1 paciente apresentou episódios de melena (1,9,10,11,16,18).

Nas fases iniciais os teste de laboratório são pouco sugestivos ou específicos. Neste estudo, observou-se leucocitose acima de 15.000 na maior parte das vezes. Alguns leucogramas se apresentaram com contagem leucocitária normal ou citopênica, no entanto foi invariável o aparecimento de desvio escalonado para a esquerda. Os estudos radiológicos demonstraram distensão de alças localizadas e/ou generalizadas e a presença de níveis líquidos. Em 1 caso observou-se a presença de pneumoperitônio. FERREIRA e CARPANELLI⁽⁵⁾, em 1950, descreveram uma tríade radiológica que pode favorecer o diagnóstico, quando evidenciado: distensão localizada de delgado, ausência de níveis líquidos inicialmente e persistência das imagens em radiografias seriadas posteriores⁽⁵⁾.

Experimentalmente, tem-se demonstrado a elevação do CPK MB com 6 horas de evolução do processo isquêmico⁽²⁾. A amilase e as transaminases só se alteram nas fases tardias⁽¹⁰⁾. Recentemente se tem afirmado que a concentração sérica de fosfato inorgânico é um marcador específico da isquemia aguda. Os níveis de fosfato elevam-se consideravelmente até 6 horas após o início da isquemia intestinal, quando então começam a cair, podendo retornar à normalidade. O fosfato inorgânico é facilmente

A referência do nº deve seguir o nome

deve vir por extenso

mensurável através da análise de vários fluídos orgânicos, tais como o líquido peritoneal, sangue periférico, urina e o conteúdo do lúmen intestinal. A associação com leucocitose e acidose constitui a tríade laboratorial de diagnóstico. Outras situações clínicas podem cursar com o aumento sérico de fosfato inorgânico, como, insuficiência renal crônica, hipotireoidismo, cicatrização de múltiplas faturas, estados de baixo débito e hemólise sanguínea com demora no manuseio^(7,11,12). A tomografia computadorizada é a mais sensível modalidade para a detecção de gás intravascular de corrente da necrose do intestino e o faz mais precocemente que a radiologia convencional⁽⁸⁾. O exame confiável, que permite o diagnóstico precoce e de certeza, é a arteriografia panorâmica ou seletiva⁽¹⁴⁾. Diante da suspeita de abdome vascular sua indicação é imperiosa. É essencial não só para o diagnóstico da lesão arterial, como contribui enormemente na identificação da causa da isquemia e no diagnóstico diferencial de doença orgânica e funcional. Habitualmente as chapas são obtidas em projeção ânteroposterior e lateral. Nas trombozes a obstrução é ostial, enquanto nas embolias localiza-se a nível troncular, após a emergência da primeira artéria cólica, mostrando uma imagem de cúpula ou cálice invertido. Não há desenvolvimento de circulação colateral. A inexistência de lesão arterial, a presença de espasmo e a ausência de contração dos ramos mesentéricos ou arteríolas terminais é sugestivo de doença funcional ou não oclusiva. O mau

estado e a idade avançada não contra-indicam a arteriografia, que é o único método que ratifica o diagnóstico e enseja a terapêutica adequada. O diagnóstico precoce continua a ser o mais sério problema das isquemias agudas do intestino⁽⁷⁾.

O reconhecimento de algumas condições clínicas predisponentes podem em muito favorecer a suspeição clínica da oclusão mesentérica aguda, tais como: arritmias cardíacas, arteriosclerose generalizada, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica e Diabetes Mellitus, aneurisma de aorta e pós operatório de cirurgia abdominal (em ordem decrescente de frequência nesta pesquisa)^(1, 9, 11, 17, 18).

Diante do diagnóstico de abdome agudo, seja ele obstrutivo, inflamatório ou perfurativo, o socorro cirúrgico se faz urgente. No entanto, antes da intervenção cirúrgica há que se pensar na compensação metabólica e hídroeletrolítica e no controle da invasão bacteriana incipiente nestes processos. A maioria desses pacientes terá um volume de sangue circulante diminuído, devido à perda de plasma e sangue total no lúmen e na parede intestinal, assim como na cavidade peritoneal. Essa perda pode ser considerável, devendo-se iniciar reposição imediata enquanto se prepara o paciente para a cirurgia. Segundo o estado e a reserva cardíaca do paciente, se administram grandes quantidades de soluções salinas balanceadas, coloidais ou protéicas. A invasão bacteriana e a toxemia claramente exigem o uso de antibióticos de largo espec-

tro e preferencialmente por via endovenosa. O uso de heparina é recomendado com o objetivo de evitar a extensão do trombo nos vasos mesentéricos e na parede intestinal e o mais importante, para evitar a coagulação intravascular disseminada (11,18).

Na maior parte dos casos aqui relatados, a investigação cirúrgica se fez através de laparotomias exploradoras, nas quais os achados foram invariavelmente extensas necroses intestinais, acometendo o intestino delgado, desde o ângulo duodeno-jejunal até grandes porções do íleo, e o intestino grosso, pelo comprometimento de cólon direito principalmente. As técnicas empregadas no tratamento da oclusão mesentérica, resumem-se grosseiramente a ressecção da parte intestinal envolvida pelo processo necrótico, seguida pela anastomose dos segmentos intestinais restantes. Em alguns casos foram feitas derivações externas e em 2 casos realizou-se endarterectomias. Todos os acontecimentos cirúrgicos aqui levantados fizeram - se num único tempo operatório como opção inicial de tratamento; alguns autores defendem a realização de um segundo tempo operatório ("second look"), 24 a 36 horas após a primeira intervenção, principalmente quando existirem dúvidas sobre a viabilidade do intestino, a vantagem deste processo é que ele conserva o intestino, limitando a ressecção aos segmentos necrosados (3,14,18). É forçoso reconhecer que a experiência com a revascularização intestinal vem sendo acumulada lentamente, mercê das dificuldades que envolvem o diagnóstico da isquemia intestinal. Em

A dificuldade maior é com a propedêutica armada, que
nossos Hospitais não dispõem em casos de urgência, salvo
poucas exceções

25

nosso meio muitos fatores contribuem de maneira ponderável
para o desenvolvimento de experiências isoladas e relatos
esporádicos. A participação propedêutica de especialistas
de formação profissional diversa, sem interação adequada,
os enfoques desarmônicos, contraditórios ou antagônicos no
exercício da clínica, indecisão e retardo na indicação do
exame angiográfico condicionam inquestionável prejuízo pa-
ra o desenvolvimento de uma experiência mais ampla⁽¹⁰⁾. Di-
ante do diagnóstico de embolia ou de trombose mesentérica,
diferencialmente realizado pela arteriografia, poder-se-ia
propor outras condutas terapêuticas, que não somente a res-
secção, tais como, embolectomia, endarterectomia, trombec-
tomia com cateter de Fogarty, infusão intra-arterial de
estreptoquinase, derivação aorto mesentérica, ~~etc.~~⁽¹⁰⁾.

Foram analisados histopatologicamente 8 casos den-
tre os 22 apresentados neste estudo, todos eles foram com-
patíveis com o diagnóstico de infarto mesentérico hemorrâ-
gico. Apesar de ser o lado arterial ou o venoso o
ocluído, o infarto sempre aparece macroscopicamente hemor-
rágico⁽⁷⁾. A princípio, a oclusão arterial completa e re-
pentina causa um infarto isquêmico que empalidece o intes-
tino. Este é o resultado de intenso vasoespasma dos vasos
intramurais e produz ulceração da mucosa, dentro de 1 ou 2
horas, o vaso-espasmo inicial regride, e os capilares na
parede intestinal anóxica tornam-se ingurgitados com san-
gue, segue-se trombose das veias viscerais, e a parede
intestinal fica inerte, intumescida e cianótica, como re-

2 casos foram
de endarterectomias

sultado do fluxo que regurgita das veias ou da infiltração de sangue nos tecidos murais do intestino isquêmico. Com a progressão do infarto, ocorre necrose completa do intestino^(17,18).

No pós-operatório, é necessário continuar a reidratação endovenosa para combater a hiperemia reativa que ocorre após a revascularização do intestino. Mantém-se a antibioticoterapia e está indicada a descompressão nasogástrica do estômago e intestino, até que retorne a função intestinal. É provável que o período pós-operatório seja complicado por problemas renais, respiratórios e circulatórios devido ao prolongamento do período de mal absorção que segue a revascularização do intestino isquêmico, mas também pelo frequente comprometimento arterioesclerótico do coração, rins e outros órgãos^(11,18). As complicações infecciosas e cardiovasculares (choque séptico e/ou cardiogênico, peritonite, abscessos...) foram as mais frequentes, seguidas pela insuficiência renal, por distúrbios metabólicos, fístula jejunal de alto débito e deiscência anastomótica. Os efeitos a longo prazo da ressecção maciça do intestino delgado são complicados e graves e de uma forma global relacionados à síndrome do intestino curto, no entanto o seu manejo nutricional encontra-se fora do alcance deste comentário^(4,6).

A idade avançada e a doença orgânica de base sobreposta à doença aguda e grave, com diagnóstico e tratamento tardio, contribuem para dificultar o manuseio terapêutico das complicações e para a alta taxa de mortalidade que envolve o acidente vascular mesentérico agudo, que

gira em torno de 65 a 85%.

CONCLUSÕES

O diagnóstico precoce na Insuficiência Vascular Mesentérica Aguda é fundamental e necessário; e a sua terapêutica urgente. Para isto, sugerimos que se acrescente a dosagem de fósforo sérico nas rotinas laboratoriais de emergência para dor abdominal aguda; assim como, a viabilização da arteriografia como exame de urgência. Sua importância reside no fato de ser o único método diagnóstico etiológico definitivo, decisivo na eleição da melhor terapêutica a ser instituída.

Sobressaltamos também a importância da análise anátomo-histopatológica para a comprovação científica do diagnóstico clínico, cirúrgico e etiológico da oclusão mesentérica aguda, o que poderá contribuir para as propostas terapêuticas preventivas de quadros similares.

ABSTRACT

Our project had as its main objective an exploratory study of 22 cases of patients with mesenteric occlusion.

These patients were attended in 3 (three) different hospitals in Florianópolis during 8 years. Among these patients 9 (nine) were of feminine sex and 13 masculine.

These patients age with this particular occlusion averaged 68,31 years for both sexes.

Among the 22 patients 86,36% had an evolution to death and 13,63% left the hospital.

We can detach here clinical and laboratorial aspects that were found and which we thought had great contribution for an early diagnose and subsequently for a good prognostic as well as an adequate treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANDERSSON, R.; PARSSON, H.; ISAKSSON, B. & NORNGREN, L. Acute intestinal ischemia. Acta Chir. Scand., 150: 217-21, 1984.
02. BERGAN, J.J. & YAO, J.S.T.. The Management of Visceral Ischemia Syndromes. In: RUTHERFORD, R.B. Vascular Surgery, 2a. ed. Philadelphia Saunders , p. 948, 1984.
03. CIVETTA, J.M. and KOLADNY, M.. Mesenteric venous thrombosis associated with oral contraceptives. Gastroenterology, 58: 713, 1979.
04. COLLIER, T.M.; COOPWOOD, T.B. & TREADAWAY, J.P. Mesenteric thrombosis associated with oral contraceptives.
05. FERREIRA, J.A. & CARPANELLI, J.B. Infarto de la mesenterico. In: FERREIRA , J.A. & CARPANELLI, J.B. Abdome Agudo-clínico Radiológico, 1a. ed.

06. GARDNER, G. O. Anatomia, 4aed., Guanabara Koogan, pa. 407.

07. LINDBLAD, B. & HAKANSSON, H.O.. The rational for "second-look operation" in mesenteric vessel occlusion with uncertain intestinal viability at primary surgery. Acta Chir. Scand., 153: 531, 1987.

08. KESSLER, R.M.; LENTE, J.C.; ABDENAUER, G.C. & POOLS, C.A.. Mesenteric vascular gas secondary to ischemia bowel in transmesenteric hernia. Radiology, 140: 645, 1981.

09. KÜNZLE, J.E.; VILLAS BOAS, F.T. & ZILIOTTI JR., A.. Acidente vascular mesentérico. Rev. Ass. Med. Bras. 28 (34): 111-4, 1982.

10. MAFFEI, F.A.de., Doenças Vasculares Periféricas, Vol. I, MEDSI - Editora Médico e Científico Ltda, 1987. p. 385.

11. MAINGOT,. Operaciones Abdominales, Vol. 1, Editora Médica Panamericana, pa. 457.

12. MARCHUK, S.; ROWSON, J. & DURAND, D. The early diagnosis of massive acute intestinal ischaemia.

13. MATHEUS, J.E. & WHITE, R.R,. Primary mesenteric venous occlusive disease. Am. J. Surg., 122: 579, 1971.
14. MCCREADY, R. A.; HOLLIER, H.; PAIROLERO, P.C. & ORSZULAR, A.T. Superior mesenteric artery embolus. Shouthern Medical Journal, 77(6):789-91, jun.1984.
15. PRICE, W.E. et al. Mesenteric vascular diseases. Gastroenterology, 57:599, 1969.
16. RAIA, A.A. et al. ? intestinal. In: ZERBINI, E. J.: Clínica Cirúrgica, Vol. IV. 3a. ed. São Paulo, SARVIER, 1974, p. 420.
17. ROBBINS, COTRON. Patologia - Estrutural e Funcional, 2a.ed. Interamericana, 1983. p. 791.
18. SCHWARTZ-SHIRE, SPENCER STORES SCHWARTZ, M.D. Princípios de Cirurgia, vol.2, 3a.ed., Guanabara Koogan, p. 1530.
19. WILSON, R.G. et al. Acute superior mesenteric ischaemia. Br. J. Sur., 74: 279-81, apr. 1987.

OCLUSÃO MESENTÉRICA

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

COR: _____ PROFISSÃO: _____ REGISTRO: _____

1. PULSO: _____ 2. TEMPERATURA: _____ 3. PA: _____

4. DURAÇÃO DOS SINTOMAS

() 24HS () 36HS () 48HS () 72HS

() MAIS DE 72 HS.

5. HISTÓRIA DE ANGINA ABDOMINAL () SIM () NÃO.
QUANTO TEMPO _____

6. SINTOMAS:

DOR ABDOMINAL DIFUSA () SÚBITA ()

LOCALIZADA () INSIDIOSA ()

VÔMITOS SIM () NÃO ()

CARACTERÍSTICAS:

~~DISFUNÇÃO~~ ^{distensão} ABDOMINAL () SIM () NÃO

PERITONITE () SIM () NÃO

BLUMBERG () SIM () NÃO

DESIDRATAÇÃO () SIM () NÃO

LEUCOCITOSE () SIM () NÃO

7. RX SIMPLES

DISTENSÃO DE ALÇAS () SIM () NÃO

NÍVEIS LÍQUIDOS () SIM () NÃO

LÍQUIDO NA CAVIDADE () SIM () NÃO

PNEUMOPERITÔNIO () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL

A.

B.

C.

PATOLOGIAS ASSOCIADAS ()

FIBRILAÇÃO ^{atrial} ()

HIPERTENSÃO ARTERIAL ()

DIABETES ()

ANEURISMA ()

VARIZES DE MMII ()

VARIZES DE ESÔFAGO ()

ARTERIOESCLEROSE - GENERALIZADA SIM () NÃO ()
LOCALIZADA SIM () NÃO ()

OUTROS:

1. TÉCNICA DA CIRURGIA JEJUNO () CM ()
Extensão da necrose ÍLEO () CM ()
CÓLON D () CM ()
CÓLON E () CM ()

3. REOPERAÇÃO SIM () NÃO () Nº _____
RESECCÇÃO SIM () NÃO () Nº _____

4. MORTALIDADE PÓS OPERATÓRIA IMEDIATA SIM () NÃO ()
QTOS DIAS _____

5. COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS

TCC
UFSC
CC
0348

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0348

Autor: Werner, Sandra Den

Título: Insuficiência vascular mesentéri



972815319

Ac. 253170

Ex.1 UFSC BSCCSM